様式第3号(第4条関係)

介護保険 　要 介 護 認 定 ・ 要 支 援 認 定　 申 請 書

要介護更新認定 ・ 要支援更新認定

　忍野村長　様

　　　 次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 申請年月日 | 令和 　　　年 　　　月 　　　日 |
| 本人との関係 |  |
| 提出代行者  名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） | | |
| 申請者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　　　保　　　　　険　　　　　者 | 介護保険  被保険者番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | |  | 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記 号 | |  | | | | | | | | | 番 号 | |  | | | | | | 枝 番 | | | |  | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和 　　 年 　　月 　　日  大正　　　　　 （　　　　　）歳 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等 | | ※要介護・要支援  更新認定の場合の  み記入 | | | | | 要介護状態区分 　１ 　２ 　３ 　４ 　５ 　 要支援状態区分 　１ 　２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　 令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１４日以内に他  自治体から転入し  た者のみ記入 | | | | | 転出元自治体（市町村）名〔　　　　　　　　　　　　　　　〕  現在、転出元自治体の要介護・要支援認定を申請中ですか。　　はい ・ いいえ  （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）  「はい」の場合、申請日　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の  介護保険施設・  医療機関等入院  入所の有無 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 | | |

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

　介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

また、更新認定申請から３０日以内に要介護認定処理がされないとき、認定有効期間内であれば延期通知書を送付しないことに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 村　　　確　　　認　　　欄 | |
| 証 の 回 収 | 介 護 保 険 資 格 者 証 受 領 者 |
| 有　・　無 | 本人・家族・その他（　　　　　　　） |

本人氏名

（代筆者）